

# **ENFERMERA DE ÁREA DE LA UNIDAD DE ONCOLOGÍA MAMARIA**

---

Trabajo Fin de Master.



Marta Pulido Fontes  
Master Universitario en Gestión de Cuidados de Enfermería  
Universidad Pública de Navarra  
Pamplona 2011

# Enfermera de Área de la Unidad de Oncología Mamaria en el Complejo Hospitalario de Navarra.



*Las experiencias en salud de las personas son episodios vitales que pueden determinar la historia personal y familiar. Contribuyamos a mejorar esa historia ...*

## INDICE.

<b>Índice</b>	Pág. 3
<b>Resumen</b>	Pág. 5
<b>Introducción</b>	Pág. 6
<b>Análisis de la situación</b>	Pág. 8
• Marco Teórico	Pág. 8
○ Gestión por Casos.	Pág.8
Misión, Visión, Valores de la Gestión por Casos	Pág. 9
Población Diana	Pág.10
Perfil Profesional del Gestor por Casos	Pág.10
Evidencia y Validez de la Gestión por Casos	Pág. 12
○ Unidad Interfacultativa de Patología Mamario del Complejo Hospitalario de Navarra.	Pág.13
Complejo Hospitalario de Navarra	Pág.13
Unidad Interdisciplinar.	Pág. 13
Composición de la Unidad Especializada	Pág. 14
Servicios Complementarios	Pág. 14
Relación de Personal no Médico asignado a la Unidad	Pág. 15
Funcionamiento de la Unidad	Pág. 15
Diagnóstico y Tratamiento	Pág. 16
Protocolo de Seguimiento	Pág.16
• Marco Normativo	Pág. 17
• Matriz DAFO	Pág. 19

<b>PROYECTO</b>	Pág. 21
Objetivos Generales.	Pág. 21
Objetivos Específicos	Pág. 21
Población Diana	Pág. 22
Actividades	Pág. 22
Método	Pág. 24
Evaluación	Pág. 25
Cronograma.	Pág. 27
<b>Conclusiones</b>	Pág. 28
<b>Bibliografía</b>	Pág. 29
<b>Anexos.</b>	Pág. 31

## RESUMEN

La patología mamaria es un problema de salud frecuente y que por las características que la acompañan requiere un abordaje multidisciplinar tanto en el diagnóstico como en el tratamiento.

La incidencia de la enfermedad varía entre distintos países oscilando entre 11 y 80 casos por 100.000 mujeres/año. En Navarra se estima que la incidencia (tasa estandarizada) de la enfermedad se sitúa en 64,4 casos/100.000 mujeres/año (1).

El incremento de los tratamientos ambulatorios y la disminución de las estancias hospitalarias hacen que el paciente oncológico se enfrente en su domicilio a problemas derivados de la enfermedad y del tratamiento. Las Enfermeras de Área logran mejorar la calidad de vida de estos pacientes durante el proceso de la enfermedad, ya que extienden el seguimiento y control de síntomas del paciente más allá del ámbito hospitalario.

Las Enfermeras de Área son el referente de contacto del paciente a lo largo del proceso asistencial, tanto en la hospitalización como cuando ya está en su domicilio. Éstas prestan una atención integral a través de la coordinación, de la atención y del control y seguimiento de síntomas y efectos secundarios.

## INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama constituye uno de los problemas de salud más importantes para las mujeres de los países industrializados, debido a su incidencia creciente, a su elevada mortalidad y a la repercusión personal y social que comporta.

El cuidado del paciente oncológico está sufriendo importantes cambios en los últimos años. Durante la evolución de la enfermedad, los pacientes presentan necesidades físicas, psicológicas y sociales que deben ser tratadas adecuadamente.

Las necesidades de los pacientes oncológicos y por tanto las demandas que deben ser atendidas, giran entorno a:

- Buenos cuidados profesionales, es decir, que el tratamiento administrado sea de calidad
- Cuidados concentrados en la persona; el tratamiento debe estar organizado en función de las necesidades y deseos del paciente, más que en la conveniencia del hospital o del personal sanitario.
- Cuidado holístico; se extiende más allá del fundamento y aspecto clínico del tratamiento, para dirigirse de forma más amplia a las necesidades y deseos del paciente. (2)

La incidencia de cáncer de mama en Navarra, en el periodo del 2003-2005, fue de 16 en hombre y de 1001 en mujeres, siendo la tasa bruta de 1'8 en hombres y de 113'9 en mujeres (3). Anexo I

El Plan de Salud de Navarra 2006-2012, considera la atención al cáncer como una de las áreas de intervención prioritaria.

Por ello en los últimos años se han puesto en marcha diferentes iniciativas que requieren un impulso integrado y armónico para favorecer la excelencia: nuevas infraestructuras (hospital de día, radioterapia, hospitalización) y tecnologías, nuevas estructuras asistenciales (Oncología médica y Unidad de Tudela), circuitos rápidos de

sospecha de cáncer, comités de tumores para las localizaciones más frecuentes en cada hospital, dinámica de trabajo en procesos clínicos priorizados (4).

Con la creación de los comités y los circuitos de tumores de localizaciones más frecuentes, como los tumores de mama, se promueve la gestión de cuidados por procesos, con un modelo terapéutico que posibilite el enfoque multidisciplinar que estas patologías requieren, así como la personalización y la humanización de la asistencia.

Otra de sus pretensiones es hacer efectiva la continuidad de cuidados a lo largo de todas las etapas del proceso asistencial y garantizar la atención personalizada y la adecuada información al paciente sobre su pronóstico y sobre las alternativas terapéuticas existentes.

Nadie duda que la continuidad de cuidados sea una necesidad tanto para los que prestan la atención como para los que la reciben y por supuesto para los que deben gestionarla.

La continuidad asistencial presenta algunas dificultades, ya que en cada uno de los niveles asistenciales – atención primaria, atención especializada y socio sanitario- se actúa de forma independiente y aislada; por lo tanto, para atender el cuidado de forma integral, se debería incorporar o establecer relaciones que tengan en cuenta a todos los profesionales.

Por esto y para hablar de calidad en la prestación de servicios sanitarios, hay que asegurar la continuidad de cuidados, siendo un objetivo fundamental la adecuada coordinación entre los diferentes niveles asistenciales.

# ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN.

## 1. Marco Teórico.

### LA GESTIÓN POR CASOS.

Entre los aspectos más debatidos a la hora de la provisión de servicios nos encontramos con la coordinación y continuidad asistencial. Desde la óptica de los ciudadanos es inexplicable que la compleja fragmentación organizativa de los Servicios de Salud interfiera en la prestación de un servicio integral, orientado a sus necesidades y que sustente todo el proceso, al margen del ámbito donde se desarrolle.

La Gestión por Casos, según el Centro de Acreditación de Enfermería de América debe entenderse como, “un proceso de colaboración sistemático y dinámico para proveer y coordinar servicios sanitarios a una población determinada, es decir, proceso participativo para facilitar las opciones y servicios que cubran las necesidades del paciente, al mismo tiempo que reduce la fragmentación y duplicación de servicios, mejorando la calidad y coste-efectividad de los resultados” (5).

De ello se desprende que los puntos que busca la gestión por casos son:

- Coordinación, negociación, obtención y planificación de servicios y recursos necesarios para los pacientes y familia.
- Esfuerzo dirigido hacia la obtención de resultados clínicos de calidad en relación con los costes.
- Creación de un entramado de disciplinas para dirigir la satisfacción de las necesidades identificadas.
- El gestor de casos coordina las diferentes disciplinas y mantiene a su paciente con el máximo de funcionalidad y confort, buscando en todo momento que sea independiente y ocupándose también de su familia (6).



## **Misión, visión y valores de la GPC (7)**

### Misión.

Orientar hacia la excelencia los cuidados y poner a disposición de la población con mayor complejidad de cuidados los recursos sanitarios, fomentando la corresponsabilidad como garante de la sostenibilidad del sistema y coordinando la actuación de cada profesional que interviene en el caso.

### Visión.

Ofrecer cuidados integrales centrados en la persona, con un servicio de calidad que responde a sus valores, sus necesidades y sus expectativas, que promueva su auto responsabilidad e independencia, contribuya en el seno del equipo a la toma de decisiones compartida y colabore en la continuidad del proceso asistencial. Contribuir desde su aportación específica a la mejora de la calidad de vida y al logro de los objetivos del plan terapéutico, asegurando además un uso eficiente de los recursos.

### Valores.

- Respeto, para reconocer y aceptar las opiniones y valores de ciudadanía, profesionales y organizaciones.
- Integridad, manteniendo la confidencialidad y la privacidad de la población que atiende.
- Colaboración, en el compromiso de trabajar por el logro de soluciones mutuamente aceptadas con ciudadanía, profesionales y organizaciones.
- Excelencia, con el compromiso por lograr los mejores resultados basados en la mejor evidencia.
- Promoción del desarrollo profesional.
- Capacidad de adaptación a los nuevos requerimientos sociales y de salud.

De todo lo expuesto con anterioridad podemos confirmar que el *objetivo principal* de la Gestión por Casos es asegurar la continuidad de cuidados y la coordinación interniveles, garantizando una atención integral que resuelva las necesidades de cuidados del paciente y sus cuidadores.

## **Población Diana.**

*Todos los pacientes necesitan que se gestionen sus cuidados, pero no todos necesitan un gestor por casos (Bower y Falk, 1994).*

Para asegurar la efectividad de la Gestión por Casos, es necesario crear un único punto de entrada al servicio, así como definir correctamente la población a la cual el servicio va dirigido. Podemos hablar de:

- Pacientes vulnerables con múltiples enfermedades, paciente “multipatológico”.
- Pacientes que por la complejidad de su enfermedad requieren diferentes servicios y recursos.
- Pacientes con alto riesgo de ingresos hospitalarios.
- Pacientes con una amplia combinación de necesidades sociales y sanitarias.
- Personas mayores, personas dependientes con ausencia de apoyo familiar o apoyo familiar inadecuado en su domicilio.

## **Perfil profesional del Gestor por Caso.**

Montserrat Teixidor, señala *“la gestión de casos es una forma de trabajo de las enfermeras asumidas históricamente por las mismas, a la que actualmente la investimos de un rol formal. Permite prodigar cuidados de calidad siempre que se encuentre en un modelo conceptual que garantice una visión global de la persona y de sus necesidades y siempre que se comprometa con los valores éticos y humanistas, que a mi entender, han de iluminar la práctica enfermera”* (6).

Podemos afirmar que la figura idónea para llevar a cabo la Gestión por Casos es la enfermera, bien por su rigurosa metodología de trabajo (proceso de atención de enfermería) así como porque la integración de cuidados forma parte de las funciones propias de la ciencia enfermera. Podemos definirla como una ciencia social y humanista, centrada en ayudar a la persona a mantener la salud, recuperarla, rehabilitar, acompañar y proporcionar calidad de vida y calor humano en caso de discapacidad o situaciones de fin de vida.

La Enfermera Gestora de Casos, ha de tener experiencia y demostrar su competencia en el ámbito clínico, educativo, en investigación y gestión. Los roles que debe desempeñar serán los siguientes:

- Rol Social, dado que presta servicio a los miembros de la comunidad actuando junto a las personas que necesitan ayuda.
- Rol de educadora. Planificará intervenciones de formación que eviten complicaciones al paciente/familia. Ayudando a preveer sus planes de tratamiento y a desarrollar habilidades que posibiliten la independencia de la persona. Harén una educación dirigida a la autogestión.
- Rol de gestora, de coordinadora y de colaboración, pues será ella quien coordina y lidera al equipo multidisciplinar. Para ello conocerá los diferentes servicios y recursos del sistema sanitario y social.
- Rol de consejera, orientando a las enfermeras clínicas que trabajen en su área de especialidad y formando a nuevas gestoras de casos.
- Rol en la gestión de conflictos, en finanza y negociación. Posee una idea del conjunto y sitúa el punto de vista de la gestión financiera de todo el proceso. Permitiendo lograr la máxima colaboración de todos los implicados. Siendo la responsable de la progresión del usuario a lo largo del continuum.
- Rol investigador. Haciendo que las enfermeras se responsabilicen del desarrollo de su práctica profesional, posibilita prácticas reflexivas y garantiza la innovación y la excelencia en la calidad de los cuidados.
- Rol de acompañamiento, actúa aportando una ayuda respetuosa en cada una de las etapas del continuum asistencial, de forma que la persona optimiza sus propios recursos y los de su entorno.
- Rol en la gestión de resultados, centrados en el paciente/familia. Las características específicas deben ser realistas, observables y medibles. Los resultados que se esperan serán definidos, comunicados y asumidos por el paciente/familia, así como la forma en la que se quieren conseguir. Garantizando resultados, clínicos, económicos, profesionales y de satisfacción de los usuarios, pacientes. (6)

La Gestión de Casos es un **modelo de práctica avanzada**. Caracterizado por ofrecer un nivel avanzado de práctica enfermera, que maximiza la utilización de competencias especializadas y de conocimiento enfermero a fin de responder a las necesidades de los pacientes en el dominio de salud.

Entendemos por práctica avanzada la capacidad de ejercer liderazgo clínico y prestar cuidados de alta calidad y gran efectividad en la toma de decisiones, así como la integración de cuatro sub-roles: clínico experto, consultor, docente e investigador (7).

### **Evidencia y validez de la Gestión por Casos.**

La estrategia centrada en el desarrollo de la enfermera gestora de casos, ha sido avalada internacionalmente por diferentes informes procedentes de diferentes centros de evidencia como la NHS Economic Evaluation Database, la Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness y la Cochrane Database of Systematic Reviews.

Existen estudios realizados en Andalucía, que han medido la efectividad de la implantación de un modelo de gestión de casos llevado a cabo por profesionales de enfermería, que hace más eficiente el acceso a los recursos y servicios de salud, con un impacto positivo sobre la capacidad funcional de pacientes y la sobrecarga del cuidador, con elevados niveles de satisfacción. (5, 8, 9, 10, 11).

## **UNIDAD INTERFACULTATIVA DE PATOLOGÍA MAMARIA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA.**

### **COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA (CHN)**

El Complejo Hospitalario de Navarra es un hospital público general perteneciente al Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, cuya misión es la prestación de asistencia sanitaria especializada a los ciudadanos de la Comunidad Foral de Navarra y de otras Comunidades Autónomas en los servicios de referencia, y con carácter universal en la atención urgente. Asimismo contribuye a la docencia pregrado, postgrado, la formación especializada y la investigación.

Todas sus actividades se orientarán a satisfacer las necesidades y expectativas de la población, con criterios de equidad y máxima eficacia, apoyándose para ello en el compromiso activo e implicación de todo su equipo de profesionales.

Para ello, el Complejo Hospitalario de Navarra orientará su actividad a la búsqueda de la mejora del nivel de salud de la población asistida y la satisfacción de sus usuarios, aplicando un sistema de gestión adecuado a tales objetivos (11).

### **PROTOCOLO DE LA UNIDAD INTERFACULTATIVA DE PATOLOGÍA MAMARIA (1)**

La patología mamaria es un problema de salud frecuente y que por las características que la acompañan requiere un abordaje multidisciplinar tanto en el diagnóstico como en el tratamiento de los distintos procesos patológicos que se pueden presentar, por otro lado, el carcinoma mamario es la neoplasia maligna mas frecuente entre las mujeres de los países desarrollados lo que ha condicionado el desarrollo de equipos para su adecuado manejo.

La incidencia de la enfermedad varía entre distintos países oscilando entre 11 y 80 casos por 100.000 mujeres/año. En Navarra se estima que la incidencia (tasa estandarizada) de la enfermedad se sitúa en 64,4 casos/100.000 mujeres/año.

El cáncer de mama tiene la particularidad de poder beneficiarse en sus resultados con el tratamiento, combinando cirugía, radioterapia, quimioterapia y terapia hormonal.

Los factores que influyen en la elección del tratamiento más adecuado de esta enfermedad son: la edad de la paciente, el estadio clínico y patológico de la enfermedad, las características histológicas del tumor primario, la determinación de receptores estrogénicos (RE) y de progesterona (RP) en el tejido tumoral, la valoración de la capacidad proliferativa, la presencia de necrosis tumoral (5) así como el estado menstrual y la salud general de la paciente.

#### **Composición de la Unidad especializada.**

- Servicio de Anatomía Patológica.
- Servicio de Cirugía General.
- Servicio de Oncología.
- Servicio de Oncología-Radioterápica.
- Servicio de Radiología (y Unidades de detección precoz).
- Coordinador de la Unidad.

Dr. Francisco Vicente García.

#### **Servicios complementarios.**

- Servicio de Medicina Nuclear.
- Servicio de Rehabilitación.
- Servicio de Hematología. (Unidad de Trasplante de Médula Osea).
- Centros de Atención a la Mujer (Ginecología) de las áreas de asistencia médica correspondientes por zonificación sanitaria al Complejo Hospitalario de Navarra.
- Servicio de Radiología de la Clínica Universitaria de la Universidad de Navarra.
- Psicología Médica adscrita al Servicio de Oncología.

### **Relación de personal no médico asignado a la Unidad.**

- Servicio de Radiología:  
Una Diplomada en Enfermería  
Una Auxiliar de Enfermería.
  - Servicio de Cirugía General:  
Dos Diplomadas de Enfermería en consulta.  
Tres Diplomadas de Enfermería en Planta de hospitalización (encargadas específicamente - no exclusivamente - de la información y cuidados de estas pacientes durante la hospitalización.  
Una Secretaria Administrativa a tiempo parcial.
  - Servicio de Oncología-Radioterápica \*, cuenta con dos enfermeras expertas en el control y seguimiento de complicaciones post-radiación.
  - Servicio de Oncología\*, cuenta con la figura de la enfermera *data manager*, encargada de la gestión de datos de los pacientes que se encuentran dentro de algún ensayo clínico. Y de las enfermeras de consulta.
- \* Datos no incluidos, en el protocolo, debido a que no está actualizado. Obtenidos a través de un estudio de campo.

### **Funcionamiento de la Unidad Interfacultativa.**

Semanalmente se realiza una reunión de los servicios implicados (Anatomía patológica, Cirugía, Oncología, Radioterapia y Radiología) en la que se procede a:

- Presentar los casos nuevos procedentes de la Unidad de Diagnóstico Precoz y que serán vistos en consulta esa semana.
- Presentar los casos nuevos de la unidad de radiología hospitalaria y que serán vistos en consulta esa semana.
- Presentar los casos que van a ser intervenidos esa semana y comentar el tratamiento a aplicar.
- Presentar los resultados de los pacientes intervenidos la semana anterior y las pruebas complementarias realizadas durante la anterior semana.

### **Diagnóstico y tratamiento.**

El proceso a seguir ante toda paciente con sintomatología mamaria tras la realización de la historia clínica es la realización de un estudio mamográfico, ecográfico o ambos dependiendo de la edad y de los hallazgos de estas pruebas.

Si los estudios descartan toda sospecha de lesión maligna la paciente pasará a controles periódicos y en algunos casos, por las características de la lesión o de la paciente, puede procederse a la extirpación-biopsia de la lesión

Ante la sospecha de cáncer de mama se procederá a la confirmación diagnóstica, evaluación del estadio de la enfermedad y selección del tratamiento mas adecuado. Puede confirmarse el diagnóstico por medio de la PAAF, biopsia con aguja fina o Tru-cut, con control radiológico o ecográfico (si son visibles) para lesiones no palpables, o mediante una biopsia incisional o escisional -directa o dirigida.

En la mayoría de los casos diagnosticados de carcinoma de mama el primer gesto terapéutico es la extirpación quirúrgica del mismo, pudiendo realizarse de manera conservadora o radical. Tras la extirpación quirúrgica del tejido tumoral, deberá procesarse ya que de los datos obtenidos de este estudio dependerá una aproximación pronostica y la selección del tratamiento complementario mas adecuado.

### **Protocolo de seguimiento.**

Una vez concluido el tratamiento postquirúrgico (si lo precisa) los controles a las que son sometidas en la unidad varían ligeramente si el tratamiento ha sido conservador de la mama o radical.

#### Controles tras tratamiento conservador:

Control mamográfico tras la finalización de la radioterapia.

Exploración física y valoración clínica cada tres meses durante dos años con revisiones alternas entre los servicios de Cirugía y Oncología, transcurridos estos primeros años se procede a revisión cada seis meses (alternando) practicándose:

- Analítica (hematimetría y perfil bioquímico)
- Marcadores (Ca 15.3)
- Estudio radiológico de tórax anual



- Control mamográfico anual.
- En el caso que en los controles se detecte alguna alteración se completa el estudio con los procedimientos adecuados a la alteración presentada (TAC, RNM, Gammagrafia, Citología etc.)

#### Controles tras tratamiento radical:

Exploración física y valoración clínica cada seis meses con revisiones alternas entre los servicios de Cirugía y Oncología practicándose:

- Analítica (hematimetría y perfil bioquímico)
- Marcadores (Ca 15.3)
- Estudio radiológico de tórax anual
- Control mamográfico anual.
- En el caso que en los controles se detecte alguna alteración se completa el estudio con los procedimientos adecuados a la alteración presentada (TAC, RNM, Gammagrafia, Citología etc.)

## **2. Marco Normativo.**

Si atendemos a la legislación vigente, observamos como el modelo de Gestión por Casos, se ve respaldado por las mismas.

**El artículo 14 de la Ley de Cohesión y Calidad** (Ley 16/2003) define la prestación socio-sanitaria como << el conjunto de cuidados destinados a los enfermos generalmente crónicos que por sus especiales características y/o situación puedan beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones y/o sufrimientos y facilitar su reinserción social >> (12).

#### **Plan Navarro de Salud 2006-2012 (4)**

*Línea estratégica: Prevención de salud colectiva.*

Detección precoz de tumores con evidencia científica de efectividad.

Siendo uno de sus objetivos continuar con el programa de cáncer de mama citación activa a mujeres pertenecientes al grupo de riesgo.

*Línea estratégica: Cuidados por procesos.*

Siendo las enfermedades oncológicas prioritarias en dicho plan.

Donde se promueve la elaboración de planes integrales de salud, señalando la reducción de la variabilidad y el trabajo multidisciplinar como piezas claves para dicho fin.

*Línea estratégica: Desarrollo de la organización y gestión del Sistema Sanitario.*

Desarrollo de nuevos instrumentos de gestión basados en la descentralización, la participación de los profesionales y la mejora de la eficiencia.

Contribuir a la sostenibilidad del sistema sanitario Navarro.

*Línea estratégica: Desarrollo de la equidad y participación del ciudadano.*

Participación de pacientes y colectivos sociales en el Sistema Sanitario.

**Decreto Foral 19/2010, de 12 de Abril (11).**

Los fines a los que orientará la actividad el Complejo Hospitalario de Navarra, recoge:

- Adecuar la organización de las diferentes unidades asistenciales a los objetivos de mejora de la calidad y de la eficacia, impulsando cuantos procesos participativos sean necesarios y aconsejables.
- Proporcionar los elementos formativos y técnicos necesarios para la divulgación e implantación de modelos basados en criterios de gestión clínica.
- Facilitar el establecimiento de mecanismos de coordinación eficaces en el caso de las unidades multidisciplinarias e impulsar alianzas estratégicas entre niveles y centros en función de criterios de racionalidad, calidad y demanda.

### 3. MATRIZ DAFO.

DEBILIDADES	FORTALEZA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de motivación del persona.</li> <li>• Resistencia al cambio.</li> <li>• Dificultades para encontrar el consenso entre los diferentes profesionales.</li> <li>• Pensamiento negativo frente a la gestión y liderazgo.</li> <li>• Variabilidad en la práctica clínica.</li> <li>• Desconfianza de las enfermeras, a la hora de asumir la autonomía para Gestionar la asistencia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visión holística de la ciencia enfermera.</li> <li>• Gran desarrollo de la práctica avanzada de enfermería.</li> <li>• Método de trabajo científico (Proceso de Atención de Enfermería).</li> <li>• Utilización de la taxonomía de la NANDA, NOC, NIC.</li> <li>• No son necesarias grandes inversiones económicas.</li> </ul>
AMENAZAS	OPORTUNIDADES
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. No existe experiencia en Navarra de la Enfermera Gestora de Casos.</li> <li>2. Desconocimiento de la figura de la Enfermera como Gestora.</li> <li>3. Desconfianza sobre la Enfermera como profesional de referencia.</li> <li>4. Estigma que poseen las enfermedades oncológicas.</li> <li>5. Falta legislación sobre la Gestión por Casos.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puesta en marcha de las especialidades de enfermería.</li> <li>• Desarrollo investigación en la ciencia enfermera.</li> <li>• La continuidad asistencial y el desarrollo de nuevas formas de gestión, recogido en los Planes de Salud de Navarra 2006-2012 y en el Decreto Foral 19/2010, de 12 Abril.</li> <li>• Ley de Cohesión y Calidad ( Ley 16/2003)</li> <li>• Mayor preocupación por la calidad asistencial procurando la sostenibilidad del sistema</li> <li>• Alta incidencia de enfermedades de patología mamaria.</li> <li>• Gran necesidad de acompañamiento percibido por los pacientes oncológicos.</li> </ul>

Una vez analizada la situación actual en nuestro medio, veo oportuno enfatizar la necesidad de implantar nuevos modelos asistenciales y estrategias de atención para conseguir una buena continuidad asistencial y que al tiempo aumenten la calidad de los servicios sanitarios.

A diferencia de lo que ocurre en otras Comunidades Autónomas como en el caso de Andalucía donde se ha desarrollado la figura de la Enfermera de enlace en Atención Primaria y Enfermera de Enlace en Hospitalización. Mi proyecto habla de la figura de la Enfermera de Área como gestora de casos en la atención especializada. Este hecho se justifica con la asignación existente de atribuciones y responsabilidades a los profesionales de Atención Primaria para que ejerzan como gestores de casos, en nuestro ámbito.

## **PROYECTO.**

La Enfermera de Área en la Unidad de Oncología Mamaria.

### **Objetivo general.**

Que la enfermera de área sea el referente de contacto del paciente a lo largo del proceso asistencial, tanto durante la hospitalización, como cuándo ya esté en su domicilio. Prestando una atención integral a través de la coordinación de la atención y del control y seguimiento de síntomas y efectos secundarios. Desarrollando su trabajo, según el modelo de gestión por casos.

### **Objetivos específicos.**

- Realizar la selección de la Enfermera de Área, según las características teóricas-prácticas expuestas con anterioridad.
- Potenciar la coordinación asistencial con todos los niveles asistenciales que intervienen en el proceso.
- Establecer sistemas de comunicación rápidos y efectivos entre los diferentes profesionales. Asegurando la comunicación bidireccional entre los mismos.
- Garantizar la consecución de los objetivos marcados, según el plan de cuidados de enfermería.
- Utilizar un sistema de registro específico de la información en la historia clínica informatizada.
- Mejorar y mantener la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes y su familia.
- Fomentar el autocuidado, la autogestión y la independencia
- Mejorar la calidad percibida por el paciente y familia. Gestionando sus dudas y resolviendo todas las necesidades, tanto sintomáticas como de apoyo emocional.

**Población Diana.**

Paciente diagnóstico de cáncer de mama, que por las características de la enfermedad, requiere de tratamiento combinando cirugía, quimioterapia, radioterapia y terapia hormonal.

**Actividades.**

La Enfermera de Área se ubicará donde se encuentran las consultas de Oncología, en el Pabellón B planta segunda del CHN-A. Dispondrá de una consulta, con un ordenador con acceso a historia clínica y de un teléfono que le permita estar localizada en su horario de trabajo, así como del material de oficina necesario.

La Enfermera de Área asistirá a las reuniones de la Unidad Interfacultativa de Patología de Mama. Donde se conocerán los nuevos casos, se analizará el seguimiento de los casos ya conocidos y se resolverán las dudas o complicaciones que se puedan dar.

La primera toma de contacto con el paciente, será el día en el que se notifique el diagnóstico de la enfermedad. Junto con el médico responsable, explicaran el proceso terapéutico que debe seguir. Antes de finalizar la consulta el paciente y la Enfermera de Área concertarán una cita, además esta facilitará el teléfono a través del cual el usuario se podrá poner en contacto con ella siempre que lo requieran.

En la primera consulta con la Enfermera de Área tras el diagnóstico, se le explicará al paciente la función de la Enfermera de Área, dejando constancia de su apoyo durante todo el proceso. Si el paciente acepta la función de la Enfermera de Área, se llevará a cabo una primera valoración, según el modelo de necesidades Virginia Henderson o según los patrones funcionales de salud de Majoryt Gordon. A través de esta entrevista la enfermera desarrollará el plan de cuidados y nombrará los diagnósticos de enfermería utilizando la taxonomía de la NANDA, NOC y NIC.

La Enfermera de Área se pondrá en contacto con la Enfermera de Atención Primaria (AP) de referencia del paciente y explicará el proceso que se llevará a cabo, así como

los diagnósticos y el plan de cuidados a seguir. Consiguiendo de este modo una mayor información por parte de la enfermera de AP. La comunicación tendrá lugar a través de vía telefónica la primera vez y a posteriori a través de la historia clínica informatizada. Asegurando de ambos modos que la comunicación sea eficaz entre los diferentes niveles asistenciales. Esta comunicación se mantendrá durante todo el proceso y será en ambos sentidos. Trasmitiendo, los cambios que se puedan dar, las complicaciones o las necesidades encontradas.

Desde la consulta se gestionaran las diferentes citas así como la realización de las diferentes pruebas diagnósticas y terapéuticas del proceso. Procurando evitar los mínimos desplazamientos al centro, la duplicación de citas, la falta de citas, etc. Para ello, la enfermera debe estar en contacto directo con el equipo Interdisciplinar. El plan terapéutico a seguir se decidirá en las reuniones de la Unidad Interdisciplinar, siendo la enfermera la responsable de que todos los pasos y citas se lleven a cabo en los plazos y orden establecidos.

Durante los procesos de hospitalización, bien por la necesidad del tratamiento o por complicaciones derivadas del proceso, la Enfermera de Área acudirá a ver a los pacientes. Si son ingresos programados, la Enfermera de Área conocerá dicha situación y gestionará ella el ingreso. Si son ingresos derivados de urgencias o de complicaciones, las enfermeras de la planta o la responsable de la unidad se pondrán en contacto con la Enfermera de Área para que conozca el ingreso de dicho paciente. El plan de cuidados a seguir se realizará entre la enfermera de referencia de la planta o la responsable de planta, según la organización que dicha unidad posea y la Enfermera Gestora, pues esta posee un conocimiento más amplio de todo el proceso del paciente. Cuando el paciente sea dado de alta, la Enfermera de Área se mantendrá en contacto telefónico con el paciente y su familia, a fin de evitar nuevas complicaciones, del mismo modo, se coordinará con el equipo de AP y valoraran la necesidad de que se realicen consultas a domicilio.

En los periodos de quimioterapia y radioterapia, el proceso de atención de enfermería seguirá su curso, valorando la consecución de los objetivos marcados así como la aparición de nuevos problemas que deben ser resueltos.

La Enfermera de Área, como hemos mencionado con anterioridad, estará disponible en un teléfono a través del cual se mantendrá en contacto con los pacientes o cuando estos lo requieran, siempre en el horario de trabajo de la misma.

**La Enfermera de Área finalizará su proceso asistencial, cuando:**

- El paciente rechace su ayuda y acompañamiento, pasando a ser ellos mismos los gestores de su proceso.
- Cuando el paciente reciba el alta médica.
- Si debido a la situación clínica el paciente es derivado a Cuidados Paliativos del Hospital San Juan De Dios.

No debemos olvidar que para conseguir todos los resultados, es necesario el trabajo en común con todos los profesionales implicados durante el proceso, por ello la enfermera de área, debe poseer una amplia experiencia asistencial, así como una gran capacidad de gestión y trabajo en equipo. Siendo consciente de que su labor es hacer más fácil el camino a los pacientes con una enfermedad compleja.

**Método.**

La enfermera de área tendrá una dependencia jerárquica con Dirección de Enfermería.

Las candidatas a Enfermeras de Áreas, serán propuestas por las responsables de las diferentes unidades de hospitalización y de consulta. Y recibirán un plan formativo específico, sobre la gestión por casos. Donde adquirirán los conocimientos necesarios y se conocerán las actitudes gestoras y de liderazgo de las mismas.

Las guías de salud, las vías clínicas y los protocolos a seguir serán los mismos que se lleven a cabo en todo el Complejo Hospitalario de Navarra (CHN). Si estos no están



claros deben ser consensuados por todos los responsables y conocidos por todos los profesionales de enfermería.

Se distribuirá material docente e informativo, tipo trípticos, correos electrónicos, folletos, etc. en todas las unidades del CHN y las áreas de AP.

Se realizarán sesiones de difusión y formación, con todas las responsables de unidades de hospitalización y consultas, así como con las enfermeras de las diferentes plantas de hospitalización y consultas implicadas, donde puedan ingresar los pacientes diana y las enfermeras comunitarias. También con los responsables médicos de la Unidad Interfacultativa de Patología Mamaria. Para explicar las funciones de esta figura, así como para aclarar dudas y escuchar opiniones o sugerencias.

Una vez implantada la figura de la Enfermera de Área se realizarán nuevas sesiones recordatorias, y que al mismo tiempo sirvan para conocer el impacto que tiene y las cosas a mejorar.

Se implantará un sistema de registro, donde quede constancia, de las actividades realizadas por parte de la Enfermera de Área. Anexo II

### **Evaluación.**

El nuevo modelo asistencial se evaluará a los tres, seis y nueve meses tras su implantación. Con los resultados obtenidos en cada evaluación se valorará si se consiguen los objetivos o se replantearán nuevas formas para conseguirlos.

### **Indicadores.**

- El número de casos (pacientes) seguidos por la Enfermera de Área.
- Las llamadas telefónicas atendidas. Diferenciando tanto las realizadas como las recibidas, con el paciente como con el equipo de AP.
- Número de complicaciones derivadas del proceso, que han tenido lugar\*
- Número de ingreso derivado de las complicaciones que se hayan dado\*
- Número de urgencias atendidas\*

\* Con los datos previos a la creación de la Enfermera de Área será difícil de cuantificar, debido a que no existe un registro específico para los criterios indicados, se tomarán como referencias los del segundo trimestre con los del primer trimestre. En el primer trimestre se hará una aproximación con los datos generales que existen.

- La satisfacción de los pacientes y su familia. Se medirá a través de una encuesta tipo de carácter anónimo. Se desarrollaría una encuesta siguiendo las dimensiones e indicadores propuestos en el Anexo II
- La satisfacción de los profesionales. Se evaluará con una encuesta tipo de carácter anónimo. Esta encuesta se pasará a los profesionales implicados en todo el proceso asistencial, tanto los miembros de la Unidad Interfacultativa de Patología de Mama, como el personal de las estructuras de apoyo, es decir, planta de hospitalización quirúrgica, hospitalización médica, hospital de día y equipo de AP.
- La existencia de mínimos errores, a la hora de coordinar las citas, pruebas diagnósticas y terapéuticas. Se comprobará a través de la historia clínica y los registros de la Enfermera de Área.
- Numero de reclamaciones existentes del servicio.

### Cronograma.

ACTIVIDADES / MES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Selección de candidatos													
Formación en gestión por casos													
Consenso de GPC, Vías clínicas, protocolos													
Distribución de material informativo													
Sesiones de formación y difusión													
Sesiones recordatorias y sugerencias													
PUESTA EN MARCHA													
Sistema de registro													
Evaluación													
Replanificación													

## **CONCLUSIONES.**

Con la correcta implantación de la Enfermera de Área de la Unidad de Oncología Mamaria propuesta y teniendo en cuenta las características de nuestro centro, podríamos confirmar, que al igual que se ha demostrado en otras Comunidades Autónomas podemos garantizar la continuidad de cuidados, al favorecer la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales, estableciendo canales de información rápidos y eficaces en lo que se refiere a la atención de nuestros pacientes, facilitando la comunicación bidireccional entre los profesionales, evitando, de este modo, la fragmentación y duplicación de servicios, favoreciendo por lo tanto la integración asistencial.

Con nuestra propuesta trataríamos de mejorar la calidad percibida de nuestros pacientes y podríamos evitar ingresos hospitalarios. Para poder evidenciarlo, tendríamos que hacer un estudio cuantitativo y comparar los resultados actuales con los obtenidos después de implantar la figura de la Enfermera de Área de la Unidad Oncología Mamaria, como líder en la coordinación asistencial.

## BIBLIOGRAFIA.

1. Unidad Interfacultativa de Patología Mamaria. Protocolo de la Unidad Interfacultativa de la Unidad de Patología Mamaria del Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona 2002.
2. Valentín V, Murillo MT, Valentina M., Royo D. cuidados continuos. Una necesidad del paciente oncológico. Psicooncología. 2004; 1:155-164 .
3. Memoria 2009, Servicio Navarro de Salud. Disponible en: [www.navarra.es](http://www.navarra.es)
4. Plan Navarro de Salud 2006-2012. Disponible en: [www.navarra.es](http://www.navarra.es)
5. Pérez Hernández, Rosa M; López Alonso, Sergio R.; Lacida Baro, Manuela; Rodríguez Gómez,Susana. La Enfermera Comunitaria de Enlace en el Servicio Andaluz de Salud. Enferm Comun 2005; 1(1). Disponible en <[http://www.index-f.com/comunitaria/1revista/1\\_articulo\\_43-48.php](http://www.index-f.com/comunitaria/1revista/1_articulo_43-48.php)> Consultado el 4 de Abril de 2006
6. Teixidor M. “Rol de la enfermera en la definición y activación de las trayectorias clínicas y la gestión por casos”. El ejercicio de la dirección desde la perspectiva del cuidar. X Máster en Administración y Gestión en cuidados de enfermería, fundación la Caixa. EUE Santa Madrona, Universidad de Barcelona. 2006
7. Junta de Andalucía, Consejería de Salud. Modelo de Gestión de Casos del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA). Disponible en [www.juntadeandalucia.es](http://www.juntadeandalucia.es). Revisión 2009.
8. Fernández V, Moreno A, Perejón I, Guerra MD. Enfermeras hospitalarias de enlace (Gestoras de casos). Enf Global. 2007;10: 1-11.
9. Junta de Andalucía. Comisión de Cuidados de Área Complejo Hospitalario Torrecárdenas-Distrito Almería. Unidad de coordinación asistencial en el Hospital Torrecardenas: Un Servicio a los Ciudadanos gestionado por Enfermeras.
10. Jeroni Jurado-Campos, M. Teresa Anglada-Dilme, Monserrat Canet-Ponsa, M.Luisa Privat-Marcè, Teresa Fábrega-Pairó y Dolores Juvinyà-Canal. Implementación de un modelo integrado de enfermería de enlace: un estudio descriptivo. Enferm Clin. 2008; 18(5):253-61
11. Zunzunegui Pastor, Maria Victoria. Lázar de Mercado Pablo. Integración y fronteras entre la atención sanitaria y social. Informe SESPAS 2008. Gac Sanit. 2008;22(Supl 1):156-62

12. Decreto Foral 19/2010, de 12 Abril, por el que se crea el Complejo Hospitalario de Navarra del Servicio Navarro de Salud-Osaunbidea y se establece su estructura directiva.
13. BOE. Ley 19/2003 de Cohesión y Calidad. Boletín Oficial del Estado 128 de 29/05/2003. Sección 1. Pág. 20567-88.
14. García-Abad Martínez M. Enfermera Gestora de casos: clave para la continuidad de cuidados. Reduca.Serie Trabajos Fin de Master. 2 (1): 871-889, 2010 ISSN: 1989-5305.
15. Sevilla. Junta de Andalucía, Servicio Andaluz de Salud. Manual de gestión de casos en Andalucía: Enfermeras gestoras de casos en el hospital. Disponible en : [www.juntadeandalucia.es](http://www.juntadeandalucia.es) Revisado Noviembre 2006.
16. García Pérez,E. La gestión de casos en la clasificación de intervenciones de enfermería. Ventajas de su inclusión en los sistemas de información enfermera. Metas de Enferme may 2009; 12(4)50-57

## ANEXO I

### INCIDENCIA CANCER NAVARRA 2003-2005.

**Tabla 5.9**

Incidencia de tumores malignos. Número de casos, tasa bruta, tasa ajustada a la población mundial y tasa truncada (35-64) por 100.000 habitantes. Tasa acumulada de 0 a 74 años por 100. Navarra 2003-2005

	NÚMERO CASOS	TASA BRUTA	TASA AJUS.	TASA TRUNC. (35-64)	TASA ACUM. (0-74)
<b>HOMBRES</b>					
Todas las localizaciones	6.334	721,7	393,3	546,2	46,1
Todas las localizaciones excepto piel-no melanoma	4.882	556,3	307	433,8	36,3
<b>MUJERES</b>					
Todas las localizaciones	4.737	539	278,5	537	29,9
Todas las localizaciones excepto piel-no melanoma	3.411	388,2	206,3	402,6	21,8

**Tabla 5.10**

Casos incidentes de tumores malignos. Tasa bruta (Tasa B) y Tasa ajustada a la población mundial (Tasa A) por sexo. Navarra 2003-2005 frente a 1998-2002

	HOMBRES 2003-2005					1998-2002	MUJERES 2003-2005					1998-2002	Codigo (10th)
	Total	%	TB	TA (W)	TA (W)		Total	%	TB	TA (W)	TA (W)		
Labio	55	1,1	6,3	3,1	5,2		5	0,1	0,6	0,1	0,4		C00
Lengua	26	0,5	3,0	1,9	2,2		7	0,2	0,8	0,4	0,7		C01-02
Boca	28	0,6	3,2	2,1	2,5		18	0,5	2,0	1,0	0,9		C03-06
Glándulas salivales	7	0,1	0,8	0,5	0,6		6	0,2	0,7	0,3	0,5		C07-08
Amígdalas	5	0,1	0,6	0,4	0,8		2	0,1	0,2	0,2	0,0		C09
Otros de orofaringe	26	0,5	3,0	2,1	1,3		1	0,0	0,1	0,1	0,1		C10
Nasofaringe	9	0,2	1,0	0,8	0,5		4	0,1	0,5	0,3	0,1		C11
Hipofaringe	21	0,4	2,4	1,8	2,7		1	0,0	0,1	0,1	0,1		C12-13
Faringe inespecífico	7	0,1	0,8	0,5	0,6		1	0,0	0,1	0,0	0,1		C14
Esófago	82	1,7	9,3	5,4	4,9		8	0,2	0,9	0,5	0,6		C15
Estómago	251	5,1	28,6	14,9	15,8		137	4,0	15,6	5,7	6,7		C16
Intestino Delgado	10	0,2	1,1	0,7	0,8		9	0,3	1,0	0,4	0,4		C17
Colon	441	9,0	50,2	25,2	22,6		313	9,2	35,6	14,4	14,3		C18
Recto	285	5,8	32,5	17,9	16,3		168	4,9	19,1	8,6	7,3		C19-20
Ano	6	0,1	0,7	0,4	0,6		4	0,1	0,5	0,2	0,5		C21
Hígado	120	2,5	13,7	7,5	7,7		55	1,6	6,3	2,2	1,9		C22
Vesícula biliar	48	1,0	5,5	2,6	3,1		69	2,0	7,9	2,8	3,0		C23-24
Páncreas	139	2,8	15,8	8,2	8,3		133	3,9	15,1	5,7	4,3		C25

	HOMBRES 2003-2005				1998-2002	MUJERES 2003-2005				1998-2002	Codigo
	Total	%	TB	TA (W)	TA (W)	Total	%	TB	TA (W)	TA (W)	(10th)
Fosa nasal, senos, etc.	7	0,1	0,8	0,3	0,7	3	0,1	0,3	0,1	0,3	C30-31
Laringe	143	2,9	16,3	9,8	13,2	5	0,1	0,6	0,4	0,4	C32
Tráquea y Pulmón	818	16,8	93,2	50,7	51,6	130	3,8	14,8	8,2	6,9	C33-34
Otros de órganos torácicos	3	0,1	0,3	0,2	0,8	4	0,1	0,5	0,3	0,3	C37-38
Hueso	2	0,0	0,2	0,3	1,1	8	0,2	0,9	0,9	0,5	C40-41
Melanoma de Piel	92	1,9	10,5	7,2	6,6	129	3,8	14,7	9,9	7,5	C43
Piel no melanoma	1452		165,4	86,3	88,1	1326		150,9	72,2	67,5	C44
Mesotelioma	17	0,3	1,9	1,2	1,1	10	0,3	1,1	0,5	1,0	C45
Sarcoma de Kaposi	10	0,2	1,1	0,6	0,3	2	0,1	0,2	0,0	0,1	C46
Tej. conjuntivo y tej. blandos	24	0,5	2,7	1,4	1,6	12	0,4	1,4	1,1	2,0	C47,C49
Mama	16	0,3	1,8	1,0	0,7	1001	29,3	113,9	70,7	66,2	C50
Vulva				0,0		26	0,8	3,0	1,2	1,7	C51
Vagina				0,0		1	0,0	0,1	0,0	0,1	C52
Cervix uterino				0,0		44	1,3	5,0	3,4	4,3	C53
Cuerpo uterino				0,0		220	6,4	25,0	13,3	14,6	C54
Útero inespecífico				0,0		12	0,4	1,4	0,7	0,3	C55
Ovario				0,0		129	3,8	14,7	8,1	9,1	C56
Otros órg. genit. femeninos				0,0		6	0,2	0,7	0,4	0,2	C57
Placenta				0,0		1	0,0	0,1	0,1	0,1	C58
Pene	12	0,2	1,4	0,7	0,7				0,0		C60
Próstata	1023	21,0	116,6	62,5	56,4				0,0		C61
Testículo	37	0,8	4,2	3,4	2,6				0,0		C62
Otros genitales masculinos	5	0,1	0,6	0,3	0,1				0,0		C63
Riñón	125	2,6	14,2	8,3	9,4	61	1,8	6,9	3,4	3,2	C64
Pelvis renal	27	0,6	3,1	1,4	1,2	15	0,4	1,7	0,6	0,2	C65
Uréter	10	0,2	1,1	0,4	0,7	2	0,1	0,2	0,1	0,2	C66
Vejiga*	345	7,1	39,3	20,1	22,4	52	1,5	5,9	2,1	2,4	C67
Otros órganos urinarios	5	0,1	0,6	0,2	0,3	1	0,0	0,1	0,0	0,1	C68
Ojo	8	0,2	0,9	0,5	0,7	11	0,3	1,3	0,9	0,3	C69
Cerebro y Sistema Nervioso	95	1,9	10,8	6,9	7,6	87	2,6	9,9	6,1	5,5	C70-72
Tiroides	23	0,5	2,6	2,1	2,4	103	3,0	11,7	8,9	10,1	C73
Glándula adrenal	5	0,1	0,6	0,5	0,3	2	0,1	0,2	0,4	0,8	C74
Otros glándulas endocrinas	1	0,0	0,1	0,1	0,0	1	0,0	0,1	0,1	0,1	C75
Enfermedad de Hodgkin	30	0,6	3,4	2,9	2,7	23	0,7	2,6	2,3	2,5	C81
Linfoma No Hodgkin	146	3,0	16,6	11,1	10,8	125	3,7	14,2	7,0	7,5	C82-85, C96
Enferm. Inmunoproliferativas	5	0,1	0,6	0,3	0,1	1	0,0	0,1	0,1	0,0	C88
Mieloma Múltiple	29	0,6	3,3	1,6	1,9	37	1,1	4,2	1,8	1,7	C90
Leucemia linfoide	44	0,9	5,0	3,6	3,8	17	0,5	1,9	1,6	2,2	C91
Leucemia Mieloide	38	0,8	4,3	2,3	3,0	33	1,0	3,8	2,9	1,9	C92-94
Leucemia inespecífica	7	0,1	0,8	0,4	0,4	6	0,2	0,7	0,2	0,4	C95
Desórd. Mieloproliferativo	14	0,3	1,6	0,9	0,0	9	0,3	1,0	0,5	0,0	DMP
Síndromes mielodisplásicos	32	0,7	3,6	6,5	0,0	21	0,6	2,4	3,9	0,0	SMD
Otros e inespecíficos	118	2,4	13,4	1,5	8,6	120	3,5	13,7	0,8	5,4	O&I
Todas las localizaciones	6334		721,7	393,3	399,7	4737		539,0	278,5	269,8	TODOS
Todas las localiz. sin piel	4882	100,0	556,3	307,0	311,4	3411	100,0	388,2	206,3	202,2	TODOS sC44



## ANEXO II

Registros de Enfermería, que se realizaría de forma semanal, al menos durante los 9 primeros meses.

FECHA \_\_\_\_\_

ACTIVIDADES	REALIZADAS
Nuevo paciente.	
Valoración y plan de cuidados	
Interconsultas de enfermería	
Reuniones de la UIPM	
Pacientes intervenidos.	
Pacientes que han recibido quimioterapia.	
Pacientes que han recibido radioterapia	
Informes de Enfermería para AP	
Curas	
Administración de medicamentos	
Educación para la salud.	
Gestión de citas, agenda.	
Valorar, realización de pruebas pedidas y resultado de analíticas.	
Llamadas recibidas por pacientes y familia.	
Llamadas realizadas a los pacientes.	
Numero de complicaciones derivadas del proceso.	
Número de complicaciones que han requerido ingresos.	
Días de ingreso.	
Número de complicaciones resueltas sin necesidad de ingreso.	
Número de urgencias atendidas y derivadas.	

Firma de la enfermera.

## ANEXO III

Dimensiones que debe abarcar la encuesta tipo, con la que se valorará la calidad y satisfacción del proyecto.

DIMENSIONES	INDICADORES
<b>Satisfacción Global</b>	Puntuación media obtenida.
<b>Accesibilidad</b> De la Enfermera de Área	Puntuación media obtenida
<b>Capacidad de Respuesta.</b> Coordinación de las citas Coordinación de las intervenciones Resolución de dudas	Puntuación media obtenida
<b>Servicios confortables.</b> Comodidad de las instalaciones Accesibilidad de las mismas.	Puntuación media obtenida
<b>Imagen.</b> De los profesionales.	Puntuación media obtenida
<b>Adecuación a las necesidades</b> Conveniencia del horario.	Puntuación media obtenida
<b>Comunicación</b> Información Consentimiento informado Educación para la salud	Puntuación media obtenida
<b>Garantía</b> Intimidad Confidencialidad	Puntuación media obtenida
<b>Valoración profesional</b> De la Enfermera de Área	Puntuación media obtenida
<b>Fidelidad</b> Si cree necesario seguir con el proyecto	Puntuación media obtenida
<b>Nuevas demandas</b> Sugerencias	Puntuación media obtenida

# LA GESTIÓN POR CASOS, GARANTÍA PARA LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL

**Pulido Fontes, Marta/ Hermoso de Mendoza  
Cantón, Juana.**

EUE Universidad Pública de Navarra. Pamplona  
2001.

## RESUMEN.

En la actualidad la colaboración entre los profesionales de la salud es un concepto importante a estudiar. La creciente complejidad de los problemas de salud pone a los profesionales en una situación de intensa interdependencia y por lo tanto, ante la necesidad de trabajar en colaboración.

En este trabajo se analiza el Modelo de Gestión por Casos, como método que posibilita la integración de los servicios sociales y sanitarios en el contexto del Sistema Sanitario Español.

Se plantean pregunta como: ¿ qué sabemos de la Gestión por Casos?, ¿quienes tienen que ser los responsables gestores de casos?, ¿quienes deben ser objeto de tener asignado un gestor por casos?

**Palabras Claves:** enfermera gestora de casos, continuidad de cuidados, coordinación asistencial.

## INTRODUCCIÓN.

El envejecimiento de la población, la cronificación de las enfermedades, el cambio en los roles familiares que disminuyen la disponibilidad de cuidadores informales, los avances científico-técnico, etc. han producido

cambios en los procesos vitales, cambios de morbilidad que han aumentando la necesidades asistenciales de los usuarios. Necesidades que los pacientes esperan sean resueltas por los profesionales sanitarios, demandan una mayor información, un trato personalizado, mayor acompañamiento, una buena coordinación entre los diferentes niveles asistenciales con el fin de garantizar la continuidad de cuidados.

El artículo 14 de la Ley de Cohesión y Calidad (Ley 16/2003) define la prestación socio-sanitaria como “ el conjunto de cuidados destinados a los enfermos generalmente crónicos que por sus especiales características y/o situación pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones y/o sufrimientos y facilitar su reinserción social”. Dicha Ley estipula que las prestaciones socio-sanitarias incluirán los cuidados de larga duración, la convalecencia y la rehabilitación. La continuidad de los cuidados en el ámbito social estará garantizada por la coordinación de ambos sistemas de servicios (1).

En este trabajo se analiza el Modelo de Gestión por Casos, como método que posibilita la integración de los servicios sociales y sanitarios en el contexto del Sistema Sanitario Español.

La Gestión por Casos debe entenderse como: “un proceso de colaboración sistemático y dinámico para proveer y coordinar servicios sanitarios a una población determinada, es decir, un proceso participativo para facilitar

opciones y servicios que cubran las necesidades del paciente, al mismo tiempo que reduce la fragmentación y duplicación de servicios, mejorando la calidad y coste efectividad de los resultados clínicos”(2).

La estrategia centrada en el desarrollo de la Gestión de Casos, ha sido avalada internecionalmente por diferentes informes procedentes de diferentes centros de evidencia como la NHS Economic Evaluation Database, la Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness y la Cochrane Database of Systematic Reviews (2)

En nuestro medio existen diferentes estudios que han medido la efectividad de la implantación de un modelo de Gestión de Casos llevado a cabo por profesionales de enfermería, hace más eficiente el acceso a los recursos y servicios de salud, con un impacto positivo sobre la capacidad funcional de pacientes y la sobrecarga del cuidador, con elevados niveles de satisfacción (2, 3, 4, 5, 6).

### **GESTIÓN POR CASOS.**

Los puntos que busca la gestión por casos son:

- Coordinación, negociación, obtención y planificación de servicios y recursos necesarios para los pacientes y familia.
- Esfuerzo dirigido hacia la obtención de resultados clínicos de calidad en relación con los costes.
- Creación de un entramado de disciplinas para dirigir la satisfacción de las necesidades identificadas.
- El gestor de casos coordina las diferentes disciplinas y

mantiene a su paciente con el máximo de funcionalidad y confort, buscando en todo momento que sea independiente y ocupándose también de su familia (7)

### **Población Diana.**

Para asegurar la integración de cuidados hay que definir la población a la que este servicio va dirigido, pues como afirman los autores Bower y Falk, *“ todos los paciente necesitan que se gestionen sus cuidados, pero no todos necesitan un gestor por casos”* (7). Por ello el primer paso del proceso es identificar a las personas que más pueden beneficiarse de los servicios del gestor de casos.

De esta forma podemos seleccionar a pacientes:

- Vulnerables con múltiples patologías.
- Pacientes que por la complejidad de su enfermedad, requieren diferentes servicios y recursos, como son el caso de las enfermedades oncológicas y neurológicas.
- Pacientes con alto riesgo de ingresos hospitalarios.
- Pacientes con una amplia combinación de necesidades sanitarias y sociales.
- Personas mayores, personas dependientes con ausencia de apoyo familiar o apoyo familiar inadecuado en su domicilio.

La asignación de un gestor por caso, se realizara teniendo en cuenta estos principios y tras la valoración por parte del gestor por casos y con los criterios de un equipo multidisciplinar. Teniendo como medidas de apoyos escales de necesidad como: el Indice de Barthel, Indice DePfeiffer, Indice de Braden/Norton.

### **La Figura del Gestor por Casos.**

Bajo nuestro punto de vista la Enfermera, es la figura idónea para llevar a cabo esta labor. Bien por su metodología de trabajando (proceso de atención de enfermería), así como porque la integración de cuidados forma parte de las funciones propias de la ciencia enfermera. Ciencia que podemos definir, como una ciencia social y humanista centrada en ayudar a la persona a mantener la salud, recuperarla, rehabilitarla, acompañarla y proporcionar calidad de vida, en caso de enfermedad, discapacidad o al final de la vida.

La Enfermera Gestora de Casos (EGC), ha de tener experiencia y demostrar sus competencias en el ámbito clínico, educativo, investigación y gestión.

Las funciones de la EGC, parten de:

- Garantizar que el paciente y su familia reciban las atenciones necesarias.
- Coordinar todos los recursos necesarios tanto sociales como sanitarios.
- Asegurando la continuidad de los cuidados, en atención especializada, atención primaria o en el domicilio.
- Controlando y evaluando la consecución de resultados.
- Identificando áreas de mejora.

### **CONCLUSIONES.**

Analizando los resultados obtenidos con la implantación de este modelo de gestión, a nivel nacional e internacional. Consideramos que la Gestión por Casos llevada a cabo por enfermeras debe ser tenida en cuenta para garantizar la continuidad de cuidados, al favorecer la coordinación entre los diferentes niveles

asistenciales, estableciendo canales de información rápidos y eficaces en lo que se refiere a la atención de los pacientes, facilitando la comunicación bidireccional entre los profesionales, evitando, de este modo, la fragmentación y duplicación de servicios, favoreciendo por lo tanto la integración asistencial. Incrementando la calidad de los servicios prestados de forma costo-efectivas.

Las Enfermera Gestoras de Casos serían el referente de contacto del paciente a lo largo del proceso asistencial, tanto en el ámbito hospitalario, como cuando ya está en su domicilio. Éstas prestan una atención integral a través de la coordinación, de la atención y del control y seguimiento de síntomas.

### **BIBLIOGRAFIA**

1. BOE. Ley 19/2003 de Cohesión y Calidad. Boletín Oficial del Estado 128 de 29/05/2003. Sección 1. Pág. 20567-88.
2. Pérez Hernández, Rosa M.; López Alonso, Sergio R.; Lacida Baro, Manuela; Rodríguez Gómez, Susana. La Enfermera Comunitaria de Enlace en el Servicio Andaluz de Salud. *Enferm Comun* 2005; 1(1).
3. Fernández V, Moreno A, Perejón I, Guerra MD. Enfermeras hospitalarias de enlace (Gestoras de casos). *Enf Global*. 2007;10: 1-11.
4. Junta de Andalucía. Comisión de Cuidados de Área Complejo Hospitalario Torrecárdenas-Distrito Almería. Unidad de coordinación asistencial en el Hospital Torrecardenas: Un Servicio a los Ciudadanos

gestionado por Enfermeras.

5. Jeroni Jurado-Campos, M. Teresa Anglada-Dilme, Monserrat Canet-Ponsa, M.Luisa Privat-Marcè, Teresa Fábrega-Pairó y Dolores Juvinyà-Canal. Implementación de un modelo integrado de enfermería de enlace: un estudio descriptivo. *Enferm Clin.* 2008; 18(5):253-61
6. Zunzunegui Pastor, Maria Victoria. Lázaro de Mercado Pablo. Integración y fronteras entre la atención sanitaria y social. Informe SESPAS 2008. *Gac Sanit.* 2008;22(Supl 1):156-62.
7. Teixidor M. "Rol de la enfermera en la definición y activación de las trayectorias clínicas y la gestión por casos". El ejercicio de la dirección desde la perspectiva del cuidar. X Máster en Administración y Gestión en cuidados de enfermería, fundación la Caixa. EUE Santa Madrona, Universidad de Barcelona. 2006
8. Junta de Andalucía, Consejería de Salud. Modelo de Gestión de Casos del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA). Disponible en [www.juntadeandalucia.es](http://www.juntadeandalucia.es). Revisión 2009.
9. Sevilla. Junta de Andalucía, Servicio Andaluz de Salud. Manual de gestión de casos en Andalucía: Enfermeras gestoras de casos en el hospital. Disponible en : [www.juntadeandalucia.es](http://www.juntadeandalucia.es) Revisado Noviembre 2006.
10. Valentín V, Murillo MT, Valentina M., Royo D. cuidados continuos. Una necesidad del paciente oncológico. *Psicooncología.* 2004; 1:155-164.
11. García Pérez,E. La gestión de casos en la clasificación de intervenciones de enfermería. Ventajas de su inclusión en los sistemas de información enfermera. *Metas de Enferme* may 2009; 12(4)50-57.